

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935.

THÈSE ^{N°} 222

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

LITINSKY HENRY,

né le 30 novembre 1905

à Paris.

Le Pronostic de la Délivrance Artificielle Manuelle

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

EDITION IMPRIMERIE « PASCAL »

13, rue Pascal, Paris (V°).

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935.

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

LITINSKY HENRY,

né le 30 novembre 1905

à Paris.

Le Pronostic de la Délivrance Artificielle Manuelle

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

EDITION IMPRIMERIE « PASCAL »

13, rue Pascal, Paris (V°).

1935



LE DOYEN ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	Rouvière.
Physiologie	Léon Binet.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Desgrez.
Bactériologie	Robert Debré.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie médicale et générale	Baudouin.
Pathologie chirurgicale	Chevassu.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	N
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	Fiessinger.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret.
Clinique médicale	LOEPER.
	Carnot.
	Clerc.
	Marcel Labbé.
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	Gougerot.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Lemière.
Clinique chirurgicale	Cunéo.
	Gosset.
	Grégoire.
	Lenormant.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Marion.
Clinique d'accouchements	Brindeau.
	Couvellaire.
	Jeannin.
Clinique gynécologique	Proust.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombredanne.
Clinique thérapeutique médicale	Rathery.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Mathieu.
Professeurs sans chaire	Hovelacque.
	Mulon.
	Olivier.
	Verne.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.

Benard (Henri) .Pathologie médicale.
 Bernard (E) ..Pathologie médicale.
 Boulin.Pathologie médicale.
 Bulliard.Histologie.
 Cathala.Pathologie médicale.
 Chevallier.Pathologie médicale.
 Dognon.Physique.
 Fey.Urologie.
 Gailliard.Parasitologie.
 Gastinel.Bactériologie.
 De Gaudart d'Allaines .. Pathologie
 chirurgicale.
 Gayet.Physiologie.
 Giroud.Histologie.
 Hagueneau.Pathologie médicale.
 Halphen.Oto-rhino Laryng.
 Hazard.Pharmacologie.
 Huguenin.Anatomie pathologique.
 Joannon.Hygiène.
 Labbé (Henri) .Chimie biologique.
 Lacomme.Obstétrique.
 Lantuéjoul.Obstétrique.

MM.

Laroche (Guy) .Pathologie médicale.
 Lemaire.Pathologie expérimentale.
 Leveuf.Pathologie chirurgicale
 Mlle J. Lévy. ..Pharmacologie.
 Lévy-Valensi. ..Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 Moreau.Pathologie médicale.
 Moulonguet.Pathologie chirurgicale
 Mouquin.Pathologie médicale.
 Oberling.Anatomie pathologique
 Petit-Dutaillis .Pathologie chirurgicale
 Piédellèvre.Médecine légale.
 Portes.Obstétrique.
 Richet.Physiologie.
 Sannié.Chimie biologique.
 Seneque.Pathologie chirurgicale
 Troisier.Pathologie expérimentale.
 Turpin.Pathologie médicale.
 Vignes.Obstétrique.
 Wilmoth.Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

Alglave.Pathologie chirurgicale
 Busquet.Pharmacologie.
 Chailley Bert. ..Physiologie.

MM.

Leroux.Anatomie pathologique
 Neveu-Lemaire. Parasitologie.
 Zimmern.Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

Abrami.Clinique médicale.
Alajouanine. ...Clinique médicale.
Aubertin.Clinique médicale.
Brulé.Clinique médicale.
Chabrol.Clinique médicale.
Chiray.Clinique médicale.
Donzelot.Clinique médicale.
Duvoir.Clinique médicale.
Harvier.Clinique médicale.
Lian.Clinique médicale.
Pasteur-Vallery-Clinique médicale.
Radot.Clinique médicale.
Sézary.Clinique médicale.

MM.

Dasset.Clinique chirurgicale.
Brocq.Clinique chirurgicale.
Cadenat.Clinique chirurgicale.
Gatellier.Clinique chirurgicale.
Heitz-Boyer. ...Clinique chirurgicale.
Moure.Clinique chirurgicale.
Quenu.Clinique chirurgicale.
Schwartz.Clinique chirurgicale.
Velter.Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLEClinique obstétricale.
Gueniot.Clinique obstétricale.
Le Lorier.Clinique obstétricale.
Levy-Solal.Clinique obstétricale.
Metzger.Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

Chailley-Bert.
agregé.Education Physique.
Ledoux-Lebard .Radiologie clinique.
Weill-Hallé. ...Puériculture.
FREYStomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE,

*Qui de tout temps n'ont jamais cessé
par leur amour dévoué de nous en-
courager dans la recherche d'un idéal.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

Professeur de Clinique Obstétricale,
Accoucheur de la Clinique Baudelocque,
Membre de l'Académie de Médecine.

*Dont nous avons été l'élève et qui
nous a inspiré le sujet de cette thèse
et de l'enseignement théorique et
pratique duquel nous gardons un vif
souvenir et une profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION,

Professeur de Clinique Urologique.

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES.

INTRODUCTION.

Parmi les manœuvres faites par les accoucheurs, celle qui de tout temps a été une des plus redoutées est peut-être la délivrance artificielle.

En effet, la délivrance artificielle est une opération extrêmement sérieuse, car dans un premier temps il faut introduire une main dont on ne peut jamais être sûr de l'asepsie à travers un vagin toujours septique dans l'utérus. Dans un deuxième temps, cette main va décoller le placenta et en ce faisant elle est susceptible de porter au contact de la plaie utéro-placentaire des germes pathogènes venus soit de la main opérante soit du canal génital.

Et quand nous lisons les livres d'obstétrique nous remarquons dans tous, sans exception, que toutes les manœuvres intra-utérines font courir un grand risque d'infection puerpérale, nous voyons que cette peur que les accoucheurs ont pour la délivrance artificielle est bien justifiée.

En effet quand dans un service d'obstétrique ayant toutes les garanties possibles d'asepsie, ayant un personnel spécialisé et parfaitement organisé, ayant un matériel moderne tel que nous voyons à la Clinique Baudeloque, quand nous examinons les feuilles de température, nous sommes frappés par la grande proportion dans laquelle nous constatons de la fièvre après des manœuvres intra-utérines. Mais par contre, nous voyons aussi dans bien des cas des accouchées ayant subi une délivrance artificielle et ayant des suites des couches tout à fait normales.

On peut donc se demander pourquoi cette différence. Pourquoi dans certains cas y a-t-il température et infection et dans d'autres cas rien ?

Pour essayer d'arriver à une conclusion nous avons entrepris d'étudier toutes les délivrances artificielles faites à la Clinique Baudeloque pendant un certain temps, de constater

leurs résultats immédiats dans les suites de couches, mais en les divisant en trois groupes.

1) Tous les cas dans lesquels la délivrance artificielle a été faite après une gestation normale et un accouchement normal sans intervention de la part de l'accoucheur.

2) Tous les cas dans lesquels la délivrance artificielle a été faite après une gestation normale, mais dans lesquels l'accouchement n'a pas été spontané et l'accoucheur s'est vu contraint de faire une manœuvre quelconque, telle que : application de forceps, version par manœuvres internes, ou autre.

3) Tous les cas dans lesquels la femme est arrivée à la clinique dans un état infectieux : soit qu'elle ait eu une maladie fébrile dans les derniers mois de la gestation, soit qu'elle ait subi son accouchement en ville, dans des conditions d'asepsie que nous ne connaissons pas et que nous ne pouvons que redouter.

Pour faire ce travail, nous avons adopté le plan suivant :

I. — Historique, technique et indication générale de la délivrance artificielle.

II. — Statistique de la clinique Baudelocque avec citation de plusieurs observations.

III. — Conclusion.

•

HISTORIQUE.

Ecrire l'histoire de la délivrance artificielle est presque écrire l'histoire de la délivrance. En effet, si de nos jours la délivrance artificielle a des indications bien posées, il n'en fut pas toujours de même et jusqu'au milieu du XIXe siècle, l'extraction forcée du placenta était la règle.

Les auteurs divisent l'histoire des interventions intra-utérines de la délivrance en quatre périodes :

Première période : Cette période comprend les quinze premiers siècles. L'extraction forcée du délivre était la règle et comprenait des manœuvres et des remèdes des plus bizarres. Au temps d'Hippocrate, l'enfant restait attaché au cordon, il était placé sur une outre pleine d'eau qui se vidait peu à peu par un orifice pratiqué dans la paroi. Si le cordon était rompu on suppléait à l'enfant par un poids. A cette période Celse, Aetius, Avicenne, Paul d'Egine suivent tous cette même méthode.

Il nous faut cependant citer à part Soranus d'Ephèse qui après avoir énuméré les moyens employés pour la délivrance, nous donne aussi une autre conduite à tenir qui, quoique non sans erreurs, est certainement plus méthodique. Voici ce que ce médecin de la fin du premier siècle nous dit : « Si le cordon ombilical est conservé il faudra confier l'enfant aux mains d'une assistante et enlever le linge qui couvre l'accouchée. Et chaque fois qu'il faudra introduire la main, elle ira le long du cordon comme guide jusqu'à l'adhérence du placenta ; il faudra, en recommandant à l'accouchée de coopérer à l'opération, introduire la main jusqu'au placenta, la porter légèrement et sans effort tout autour de lui et le détacher sans faire de déchirures. Si l'opération exige un certain temps, il faudra détacher l'enfant et agir comme nous venons de le dire. S'il n'y a pas d'adhérence il faut également détacher l'enfant. Le cordon qui est pendant devra être saisi et attiré doucement

en suspendant la traction quand l'orifice se resserre, en le reprenant quand il s'ouvre de nouveau. Si rien ne proémine, si le cordon a été séparé, arraché du placenta, il faudra introduire la main bien huilée dans l'utérus et si l'adhérence a été rompue et si le chorion s'est enroulé dans l'utérus, il faut le saisir et l'attirer ; si les doigts étendus rencontrent des adhérences il faut les avancer doucement entre le chorion et la matrice tout à l'entour et les rompre ainsi. Ceux qui, maladroitement font des tractions directes produisent des inversions utérines. Mais si les secondines ne cèdent pas à des tractions modérées l'orifice utérin s'étant fermé ou si une inflammation est survenue, il faut chercher à obtenir la guérison en employant des injections, des cataplasmes appliqués sur les parties et une nourriture douce. Quand l'inflammation aura cessé ce corps étranger purifié par l'humidité sortira. Il en est de même ici que dans les luxations articulaires dont la réduction ne cède aux tractions que quand l'inflammation a été calmée, à moins toutefois que des racines nées de strumes n'aient fait pousser des racines (adhérentes qui les retiennent et que quelques-uns laissent jusqu'à ce qu'elles aient été dissoutes par la putréfaction dans l'humidité). Le chorion dont l'adhérence à la matrice est constituée par des vaisseaux doit être extrait par la force, il ne faut pas espérer le relâchement lorsque la putréfaction a commencée à se faire peu à peu à sa circonférence ».

Deuxième Période : La deuxième période s'étend sur les XVI^e et XVII^e siècles. Dans cette période l'intervention active et les moyens médicaux de la première période sont toujours de règle. Ambroise Paré conseille de tirer subitement sur le délivre et de mettre la main dans la matrice de la femme, si nécessaire, pour l'extraire immédiatement. Louise Bourgeois recommande en même temps que la traction sur le cordon, les frictions de la matrice. Elle nous donne trois indications de la délivrance artificielle « l'une est une perte de sang à la femme, l'autre serait si elle avait eu des convulsions, et l'autre qu'une fièvre l'eut desséché et rendu adhérent le placenta. »

Guillemeau, Mauriceau, Deventer conseillent également la délivrance rapide.

Peu, vers la fin du XVII^e siècle, est le premier à s'élever

contre la délivrance rapide ; il enseigne : « La délivrance de la mère doit se faire avec patience et sans précipitation. Exiger d'elle des efforts considérables est une chose tout à fait condamnable et la source de quantité de maux. »

Peu est aussi le premier à décrire l'enchâtonnement et en fait une indication d'intervention immédiate de peur que « la bourse ne se referme. »

Portal conseille l'attente dans les cas ordinaires. Il décrit la technique de la délivrance artificielle, aussi le mécanisme de l'infection et de l'hémorragie par rétention placentaire.

Troisième période : Nous arrivons ainsi à la troisième période qui comprend le XVIII^e siècle. Deux noms éclipsent tous les autres pendant cette période.

L'un, Ruysch, anatomiste hollandais, est la figure dominante de cette période. C'est lui qui a annoncé que la délivrance est un acte physiologique et doit être laissé à la nature. Il combat les méthodes de ses devanciers et déclare qu'en cinquante ans il n'a pas été obligé de mettre la main une seule fois dans l'utérus. Mais pour cela même sa méthode était trop absolue. Son influence en Hollande et à l'étranger fut énorme et nombreuses et vives furent les discussions entre les partisans de l'école de Hollande et ses adversaires.

La deuxième figure de cette époque est Puzos, qui lui aussi s'élève contre la pratique de délivrer la femme sitôt que l'enfant est sorti et il s'élève contre la rapidité de la délivrance préconisée par Mauriceau et il dit que tant que l'utérus renferme un corps d'un volume tel que le placenta, il ne se refermera pas de suite, que l'orifice utérin est la partie la plus lente à se refermer et qu'il sera possible de mettre la main une heure et même plus après l'accouchement. Il conseille d'attendre pendant une partie de ce temps l'expulsion naturelle du délivre si aucun accident n'oblige à en précipiter la sortie.

Malgré les objections de Delamotte, Mesnard, Burtin et autres, les partisans de l'expectation deviennent de plus en plus nombreux et avec la connaissance de la physiologie de la délivrance naturelle, les indications de la délivrance artificielle se précisent.

Levret, alors, fixe les indications de la délivrance artifi-

cielle et il inaugure la méthode naturelle qui va caractériser la période suivante.

Quatrième Période : Cette période va du commencement du XIXe siècle jusqu'à nos jours. C'est la période de la délivrance naturelle introduite par Levret et défendue par Boër, Froriey, Fischer, Bruch, Baudelocque, Velpeau, Stoltz.

Baudelocque nous décrit en détail le mécanisme du décollement placentaire et d'après ces données il règle la conduite à tenir.

Les indications de la délivrance artificielle se précisent. On intervient d'abord pour hémorragies, puis bientôt pour retard de la délivrance et enfin pour rétention placentaire.

Tout va bien quand en 1853 Credé redoutant les manœuvres intra-utérines préconise l'expression du placenta par manœuvres externes, manœuvres déjà décrites et employées par Johnson en 1769. Ce procédé eut une popularité immense et fut pendant un moment employé universellement. Bientôt ses méfaits furent évidents et des critiques se font entendre de partout. Ahlfeld, un de ses premiers défenseurs l'abandonne bientôt. En France elle tombe dans un oubli complet, et la délivrance artificielle reprend ses droits et a ses indications nettement posées.

INDICATIONS GENERALES DE LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE.

Les indications de la délivrance artificielle sont variables selon les auteurs, mais la plupart de ceux-ci reconnaissent trois groupes. D'autres y ajoutent un quatrième que nous mentionnerons dans notre travail.

Premier Groupe : Hémorragies.

L'hémorragie de la délivrance est sans aucun doute la cause la plus fréquente de la délivrance artificielle. Assez souvent ces hémorragies sont dues au fait de l'inertie utérine ou de la rétention partielle du placenta et l'abondance de l'hémorragie, l'état général de la femme réclament une intervention d'urgence.

Quand y a-t-il hémorragie de la délivrance ? Toute femme qui accouche perd du sang. Cette perte de sang est appelée l'écoulement sanguin physiologique. Quand cet état physiologique devient-il pathologique ?

Normalement une femme perd pendant son accouchement une quantité de sang qui a été évaluée variablement de 500 gr. (Pinard) à 700 gr. (Tarnier). La différence entre ces chiffres est faible mais la perte sanguine ne nous permet pas de poser le diagnostic d'hémorragie pathologique quand la deuxième chiffre est dépassée. En effet, dans certains cas le sang s'écoule au dehors par le vagin et nous pouvons le recueillir et le mesurer.

Dans ces cas dits d'hémorragie externe le placenta se présente en général par sa face utérine ou par son bord et permet ainsi au sang de filtrer entre la paroi et l'œuf. Dans d'autres cas plus nombreux au contraire le placenta se présente par la face fœtale et le sang est retenu entre le placenta et la paroi utérine. L'hémorragie est dite interne.

Parfois ces deux formes sont réunies et l'hémorragie est dite mixte.

Nous ne pouvons donc nous guider sur la perte sanguine pour intervenir ; nous avons par contre des signes qui peuvent nous guider.

Parfois la femme ne se plaint de rien, elle semble reposer tranquillement, mais si nous l'examinons nous la trouvons pâle, elle peut présenter des signes d'hémorragie interne : les extrémités ainsi que la langue sont froides, les lèvres sont décolorées, la femme bientôt a des troubles de la vue, de l'audition, des tendances syncopales ; mais le signe capital est l'état du pouls celui-ci est rapide, petit, parfois il devient incomptable.

En présence de ces symptômes, il faut découvrir la malade, si l'hémorragie est externe, nous la trouvons baignant dans une mare de sang. Si l'hémorragie est interne, nous n'avons que peu ou pas de sang, mais en palpant l'utérus nous constatons qu'il remonte bien au-dessus de l'ombilic et qu'il est mou, très mou même et qu'il ne présente pas ce que Pinard a appelé « le globe de sûreté. » L'expression de l'utérus fait souvent sortir un jet de sang liquide et des caillots.

Quant à l'hémorragie elle-même, elle est le plus souvent due à l'inertie utérine. A l'état normal, le décollement physiologique du placenta est contrôlé et dirigé par deux phénomènes : l'un la **contractibilité** du muscle utérin apparaît pendant le dernier tiers de la grossesse et dure pendant l'accouchement et la délivrance ; l'autre la **rétractibilité** du muscle utérin par laquelle les fibres musculaires tendent à revenir sur elles-mêmes. Lorsque le placenta se décolle, si le muscle performe sa fonction physiologique, normalement les vaisseaux béants se ferment et restent clos grâce à la rétractibilité de la fibre utérine.

L'écoulement et par conséquent la perte de sang sera minime et la femme ne s'en ressentira pas.

Au contraire, supposons, que le muscle est fatigué par une cause quelconque. Le placenta se décolle, le corps de l'utérus reste flasque et inerte, la rétractibilité n'entre pas en jeu. Que se produit-il ? Les vaisseaux de la plaie placentaire restent béants et saignent et l'hémorragie sera d'autant plus grave que la surface vasculaire sera étendue.

L'inertie utérine est due à deux grandes causes.

En premier lieu nous avons **la longueur du travail**. L'utérus se contractant depuis longtemps pour arriver à une dilatation complète, se fatigue. Que cette longueur de la période de dilatation soit due à un mauvais état des tissus, à une mauvaise présentation, à un bassin vicié ou à une autre cause quelconque peu importe, le résultat est le même. L'utérus se fatigue et à un moment donné il ne peut plus fournir aucun effort. Si cette inertie utérine apparaît avant l'accouchement, nous serons forcés d'intervenir pour sortir le fœtus, si au contraire celui-ci est sorti et la délivrance est partiellement ou entièrement décollé au moment où l'utérus se fatigue, nous allons avoir une hémorragie.

Dans d'autres cas la matrice a subi une **distention exagérée**. Cette distention peut être due à l'excès de volume du fœtus, à de l'hydramnios, à une grossesse gémellaire. Dans tous ces cas le muscle utérin a été distendu plus qu'il ne pouvait supporter, les fibres élastiques ont été déchirées et la rétractibilité physiologique est inexistante ou très diminuée.

Il existe d'autres causes d'inertie utérine qui sont moins importantes que ces deux dont nous venons de parler, mais qui ne sont pas rares, l'une la multiparité agie par usure des tissus ; les fibromes, eux donnent de l'inertie utérine par la mauvaise qualité du muscle. Les maladies générales telle que les cardiopathie ou l'albuminurie peuvent aussi donner de l'inertie.

Enfin nous ne devons pas oublier une cause contre laquelle l'accoucheur peut parfois agir, nous voulons parler de l'inertie utérine qui dans certains cas suit un accouchement mené trop rapidement, que cet accouchement soit spontané ou qu'il résulte d'interventions menées trop rapidement.

Deuxième Groupe : Retard de la délivrance.

Dans la majorité des cas la délivrance comme l'accouchement s'accomplit spontanément, mais parfois la délivrance ne se fait pas d'elle-même et l'accoucheur est forcé d'intervenir.

Comment se fait la délivrance normalement ? Pendant la grossesse, l'œuf est fermé. Le placenta et les membranes sont tendus à l'intérieur de l'utérus qu'ils tapissent exacte-

ment. Puis survient l'accouchement, le fœtus est expulsé, l'utérus devient plus petit, il revient sur lui même ; les membranes ne sont plus tendues, elles se plissent ; le gâteau placentaire qui auparavant était mince et plat n'est plus étalé, il se gonfle et se tasse. N'étant plus aussi large, sa surface d'insertion s'est forcément rétrécie et il commence à se décoller. Il se décolle d'abord au centre où il est en général le moins adhérent ; en ce point se forme une petite hémorragie qui en augmentant, accentue le décollement du placenta. Cette période qui est le premier temps de la délivrance est due à la **rétraction utérine** et est un phénomène purement passif. Elle peut durer plus ou moins longtemps, en général moins d'une demi-heure, mais elle doit être respectée. En effet, bien des mauvaises délivrances sont dues à des manœuvres faites pendant cette période et causant un arrachement partiel du placenta.

A la suite de cette période passive de la délivrance, survient la période active du décollement placentaire. Ce travail est dû à la **contraction utérine**. Elle aura pour résultat de détacher complètement le placenta en rompant l'adhérence physiologique de la caduque. Ensuite ces mêmes contractions auront pour effet de pousser le placenta en dehors vers le segment inférieur. Les membranes qui sont attachées au placenta sont d'abord décollées, puis entraînées par lui. Si la descente du placenta est trop rapide, les membranes qui sont beaucoup plus fragiles que lui se déchirent et elles seront retenues totalement ou en partie dans l'utérus.

Du segment inférieur où il est maintenant arrivé, le placenta passe dans le vagin. A partir de ce moment les contractions utérines n'ont plus que peu d'effet sur lui et c'est le moment idéal pour l'accoucheur d'agir. Jusque là il faut surveiller pour ne pas laisser passer inaperçu un incident ou accident quelconque. L'accoucheur doit pouvoir reconnaître que le placenta n'est plus dans l'utérus. Un bon moyen est de faire un toucher vaginal : deux doigts de la main recouverte d'un gant sont introduits dans le vagin en suivant le cordon comme fil conducteur. Si le doigt tombe facilement sur l'insertion placentaire ou si le doigt sent au niveau du col un bord du placenta, celui-ci est décollé. Un autre moyen de s'assurer si le placenta est décollé est de pousser très légèrement sur le fond

de l'utérus et de regarder en même temps le cordon qui pend à la vulve. Si, sous l'influence de cette poussée le cordon descend, c'est que le placenta est encore dans le fond utérin. Faisons l'inverse maintenant, nous soulevons le corps utérin en l'accrochant en avant sous la face antérieure, si le placenta est décollé le cordon ne changera pas de position ; au contraire, si le cordon remonte avec le corps de l'utérus, le placenta n'est pas encore décollé.

Quelles sont les causes de cette non-délivrance ?

Deux grandes causes doivent nous retenir :

a) **L'inertie utérine,**

b) **L'adhérence anormale du placenta.**

A. — L'inertie utérine : Les causes de l'inertie utérine dans le non-décollement du placenta sont les mêmes que lorsqu'il y a hémorragie, mais ici nous n'avons pas la main forcée par l'hémorragie et nous pouvons attendre.

B. — Adhérences anormales du placenta : Parfois l'utérus, tout en se contractant normalement, est incapable de décoller un placenta qui est trop adhérent à la muqueuse.

L'adhérence anormale peut-être due soit à la muqueuse utérine, soit au placenta. Dans la plupart des cas la muqueuse est en cause et il s'agit en général d'une endométrite déciduale ; parfois il y a un fibrome sous-jacent.

Quand l'altération du placenta est en cause, il y a généralement un placenta syphilitique, dégénérescence fibrograisseuse, albuminurie.

Ces deux étiologies peuvent être réunies.

Lorsque l'adhérence est totale, on constate après un certain temps que le délivre n'est pas décollé. Au contraire, lorsque les adhérences ne sont que partielles, le placenta se décolle en partie, et il y a hémorragie qui force l'intervention plus tôt.

Troisième Groupe : Contracture de l'utérus.

Parmi les causes de non délivrance que nous voyons beaucoup plus rarement actuellement est celle due à la contracture de l'utérus.

Normalement, après l'accouchement l'utérus doit se rétracter sur lui-même. Nous avons vu que lorsque cette rétraction fait défaut il y a inertie utérine, lorsque cette rétraction est exagérée il peut y avoir contracture.

Cette contracture se voyait souvent auparavant quand l'ergot de seigle était administré lorsque l'utérus n'était pas absolument vide. Actuellement les causes les plus fréquentes de la contracture utérine sont les tractions trop hatives sur le cordon, son tiraillement lors de l'accouchement par suite de sa brièveté, la grosseur angulaire dans laquelle le placenta est inséré au niveau d'une des cornes et y devient facilement adhérent, les adhérences placentaires qui nécessitent un travail supplémentaire du muscle utérin.

Cliniquement la contracture peut être limitée à une région du corps utérin ou elle peut être généralisée à tout l'utérus.

Dans les premiers cas l'utérus est le siège d'une contracture irrégulière limitée au pourtour de l'insertion placentaire. Ceci s'observe en général dans les cas où le placenta est inséré au voisinage d'une des cornes utérines. L'utérus est alors divisé en deux parties : la cavité utérine proprement dite et une arrière cavité semblant, à cause de la minceur de sa paroi, creusée dans le muscle. L'orifice de communication entre ces deux loges est plus ou moins étroit, parfois il est extrêmement petit. Le placenta est retenu dans la petite loge et l'on dit qu'il y a **enchâtonnement** du placenta.

Dans les cas où la contracture est généralisée, l'utérus prend la forme d'un sablier. La loge inférieure et le col sont mous et flasques ; la loge supérieure est formée par le corps de l'utérus qui emprisonne le placenta entièrement ou en partie.

Certains accoucheurs pratiquent la délivrance artificielle après les opérations obstétricales durant le travail.

Quatrième Groupe: Délivrance artificielle prophylactique.

Certains auteurs ont aussi conseillé la délivrance artificielle prophylactique qui aurait pour but en décollant le placenta par des manœuvres manuelles d'éviter les hémorragies de la délivrance et qui serait une méthode d'excitation intra-utérine. Cette cause ne doit être employée que dans certains cas bien définis : quand nous sommes en présence de multipares qui présentent après chacun de leurs accouchements antérieurs des hémorragies abondantes voir même inquié-

tantes. Chez ces malades nous aurons tout avantage à faire la délivrance artificielle prophylactique.

Cette technique peut aussi être appliquée aux femmes présentant un placenta prævia et qui ont déjà perdu une certaine quantité de sang. Nous lui éviterons une nouvelle perte en la délivrant et nous exciterons le muscle utérin en même temps.

Une autre indication de cette méthode et certainement la plus fréquente est celle qui se présente chez les femmes qui ont eu un travail prolongé, nécessitant une intervention pour l'extraction du fœtus. Chez ces malades l'expérience montre que l'inertie utérine a tendance à se prolonger pendant et après la délivrance.

TECHNIQUE DE LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE

La technique de la délivrance artificielle se trouvant décrite dans tous les livres d'obstétrique, nous ne ferons que la décrire rapidement ici.

Varnier dans son *Obstétrique Journalière* nous dit « L'accouchée est une blessée ; il la faut donc protéger contre l'infection qui la guette. »

Le premier soin de l'accoucheur sera donc une asepsie rigoureuse de ses mains, et des organes génitaux de la femme.

L'usage de gants de caoutchouc pour faire la délivrance artificielle n'est pas pratique. La sensation manuelle est différente et gênante lorsque la main est gantée. D'autre par des expériences faites en Russie par le Dr. Sitzenski montrent que la morbidité est sensiblement la même avec l'emploi de gants de caoutchouc ou avec la main nue.

La main et l'avant-bras de l'accoucheur doivent être brossés avec le même soin que pour une intervention chirurgicale, puis ensuite iodés jusqu'au coude. Lorsque la femme saigne très abondamment il faudra, contraint par la nécessité, se contenter d'un iodage du bras.

Les poils de la région pubienne de la femme seront soigneusement rasés (il est bon de raser soigneusement toute femme qui accouche), la région vulvaire et le vagin seront soigneusement nettoyés ; la vessie sera vidée par cathétérisme.

La question d'anesthésie a son importance. Si la femme est très anémiée, si l'hémorragie est très importante, le temps manque pour l'anesthésie. Dans les autres cas M. le Professeur Couvelaire est partisan de l'anesthésie.

Le chloroforme est donné à la clinique Baudelocque.

La femme est mise en position obstétricale ; les champs stériles sont mis en place et l'accoucheur est prêt à agir.

La main à introduire dans l'utérus, la main droite en général, est lubrifiée et introduite dans les organes génitaux. L'autre main se place sur le champ stérile abdominal, saisit le fond de l'utérus et l'amène en quelque sorte vers la main vaginale.

Cette main suit le cordon, pénètre dans l'utérus en essayant de passer entre la paroi et les membranes et arrive sur le placenta.

Deux cas peuvent se présenter : le décollement est facile ou il ne l'est pas.

Si le placenta est peu adhérent, l'un des bords de la main peut s'insinuer entre le placenta et la paroi utérine et agissant à la façon d'un coupe-papier décolle le placenta par sa face profonde.

Si les adhérences sont plus marquées le décollement devient difficile, il faut travailler avec le bout des doigts (non les ongles) rapprochés les uns des autres, parfois il faut pétrir les cotylédons pour les effriter et les détacher fragments par fragments.

Lorsque tout le placenta est décollé on peut le sortir. Si l'on tire sur le placenta avant qu'il soit entièrement décollé, nous risquons une inversion utérine.

La main doit ensuite être remise immédiatement dans la cavité utérine et doit contrôler qu'il ne reste rien dans celle-ci.

On termine l'opération par une injection intra-utérine chaude. Cette injection chaude favorise l'asepsie de la cavité utérine et agit aussi sur la contraction utérine qu'elle stimule.

Si l'on craint l'inertie utérine, on peut faire une ampoule d'ergotine. En effet nous sommes certains de la vacuité de la cavité utérine.

Une vessie de glace sera ensuite mise sur le bas ventre de la femme.

Statistique de la Clinique Baudelocque.

Notre étude portera sur toutes les délivrances artificielles faites à la Clinique Baudelocque entre les années 1928 et 1932.

Pendant ces quatre années 11.653 accouchements eurent lieu à la Clinique Baudelocque.

En tout il y eut 260 délivrances artificielles pendant cette période, soit un pourcentage de 2,2%.

Les causes de ces 260 délivrances artificielles furent :
dans 150 cas, soit 58%, on intervint pour hémorragies,
dans 93 cas, soit 35%, on intervint pour non-décollement du placenta,

dans 17 cas restant, soit 7%, on fit la délivrance artificielle de suite après une intervention de l'accouchement.

Il est intéressant de s'arrêter ici un instant et de voir la fréquence de la délivrance artificielle dans les grandes villes d'Europe. Ce tableau est emprunté de la thèse de Jacobson, faite à la Clinique Baudelocque en 1905.

	Nombre d'accouchements	Nombre de Délivrance artificielle	%
Clinique Baudelocque	15,038	90	0,58
Berlin (Charité)	4,000	18	0,48
Berlin (Clinique Univ.)	3,500	30	0,86
Erlanger	1,000	5	0,50
Halle	2,050	11	0,54
Vienne	2,930	19	0,64
Wurzburg	2,000	17	0,85
Bonn	3,630	31	0,86
Koenigsberg	1,830	32	1,75
Guefswald	6,800	53	0,79
Iéna	2,533	47	1,88
Bâle	4,799	136	2,83
Kharkoff	2,008	41	2,

Dans notre statistique actuelle nous trouvons un pourcentage de 2,2 figure élevée si nous la comparons avec la plupart des chiffres ci-dessus.

Les délivrances artificielles peuvent être divisées en trois groupes d'après l'état de la femme et les manœuvres faites lors de l'accouchement.

Premier Groupe :

Dans ce groupe nous avons placé toutes les femmes ayant eu un accouchement spontané après une gestation normale. Dans cette catégorie entre la grande majorité des délivrances artificielles faites. Il y a eu 167 cas sur le total de 260 soit un pourcentage de 64.

Deuxième Groupe :

Ce deuxième groupe renferme les femmes qui eurent une gestation normale mais qui n'accouchèrent pas spontanément. Elles subirent toutes soit une application de forceps, soit une version par manœuvres internes, soit une basiotripsie ou une intervention quelconque lors du travail. Dans ce groupe nous avons relevé 56 cas de délivrances artificielles, soit 22 % du nombre total.

Troisième Groupe :

Dans un troisième groupe, moins nombreux, nous avons placé toutes les femmes qui furent fébricitantes lors du début de leur travail où lors de leur entrée à la Clinique Baudelocque. Ce groupe ne contient que 37 femmes, soit 14 % des délivrances artificielles faites.

Nous ferons un tableau montrant les suites de couches dans chaque groupe, puis nous reprendrons chaque groupe et nous étudierons les causes de mortalité et de morbidité dans chaque groupe. Avant de faire ce tableau nous citerons le fait qu'il y eut neuf morts chez des femmes ayant une délivrance artificielle, mais que dans quatre cas la délivrance artificielle peut être éliminée d'emblée car dans ces cas la femme mourut dans les heures qui suivirent l'intervention. Dans trois cas la mort était due à une hémorragie et dans un cas à une rupture utérine.

Ces quatre cas étant éliminés nous pouvons diviser les délivrances artificielles comme suit quant à leur résultats :

Premier Groupe : 165 cas.

145 cas avec suites de couches normales, soit 88 % de ce groupe.

14 cas avec infection légère dans les suites, soit 8 % de ce groupe.

1 cas d'infection sérieuse.

2 phlébites.

1 scarlatine dans les suites de couches.

2 femmes mortes d'infection.

Deuxième Groupe : 56 cas.

46 cas de suites de couches normales, soit 82 % de ce groupe.

6 cas d'infection légère, soit 10 %.

2 cas d'infection grâve, soit 3,5 %.

2 femmes mortes d'infection.

Troisième Groupe : 35 cas

17 femmes ayant des suites de couches normales, soit 50 % de ce groupe.

12 cas d'infection légère dans les suites de couches, soit 33 %.

2 cas d'infection grâve.

2 phlébites.

1 scarlatine.

1 femme morte.

Dans ce tableau nous avons classé parmi les suites normales toutes les femmes dont la température n'a pas atteint 38° plus de 2 fois pendant les suites de couches et qui sortirent en bon état.

Nous avons classé comme infection légère toute femme présentant de la température, un utérus douloureux, des lochies fétides mais dans chaque cas l'évolution de ces phénomènes ne dura pas plus de dix jours et l'état général de ces femmes ne fut inquiétant à aucun moment.

Nous voyons d'après ce tableau que la morbidité qui est de 12 % dans le premier groupe s'élève à 18 % dans le deuxième groupe dans lequel les femmes subirent en plus de leur délivrance artificielle une manœuvre quelconque lors de l'accouchement. Nous voyons cette morbidité monter subitement à 50 % dans le troisième groupe dans lequel les femmes arrivèrent à la clinique dans un état fébricitant.

Il est intéressant de comparer les chiffres de morbidité que nous avons trouvé avec ceux des travaux antérieurs faits à la Clinique Baudelocque.

Sur 260 délivrances artificielles nous avons trouvé 52 femmes qui présentèrent de la température dans leurs suites de couches soit 20 %. Parmi ces 52 femmes, seulement 20 cas, soit 7,7 % peuvent être attribués directement à la délivrance artificielle.

Jacobson en 1905 dans une statistique portant sur 91 cas trouve une morbidité globale de 34 % et une morbidité attribuable directement à la délivrance artificielle de 5,5 %.

Brosset dans un travail à la Clinique Baudelocque en 1896 réunit 113 cas de délivrance artificielle, il trouve une morbidité globale de 43,37 % et une morbidité de 16 % reconnaissant comme cause directe la délivrance artificielle.

Quant à la mortalité son étude est intéressante. Pendant la période de quatres années entre 1928 et 1932, 145 femmes moururent à la Clinique Baudelocque. Chez neuf de ces femmes une délivrance artificielle avait été faite mais 4 d'entre elles moururent au plus tard trois heures après cette intervention : trois d'hémorragie et une de rupture utérine. La délivrance artificielle quoique incapable d'enrayer l'évolution fatale ne peut être invoquée comme la cause de celle-ci.

Il reste donc cinq femmes qui moururent après une déli-

vance artificielle, soit 2 % des femmes ayant subi cette intervention et 3,4 % de la mortalité globale de la clinique.

Nous croyons intéressant de rapporter les observations de ces femmes.

Deux femmes moururent dans le premier groupe :

1928-2557 : Primipare âgée de 31 ans.

Gestation bien supportée, utérus fibromateux. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour hémorragie, 1,350 grammes de sang pesé, pouls à 128. Pas d'anesthésie. Dans les suites de couches : utérus douloureux, la femme a des frissons, température oscillant entre 38 et 40. Apparition d'un œdème de la cuisse gauche. Hémoculture pratiquée trois jours après l'accouchement est positive : streptocoque. Mort 16 jours après l'accouchement. A l'autopsie : thrombo-phlébite grammes de sang pesé, pouls à 128. Pas d'anesthésie. Dans les du pédicule utéro-ovarien droit et de la veine cave. Infection utérine ayant surtout touché l'endomètre.

1929--1615 : Secondipare âgée de 36 ans.

Premier accouchement terminé par césarienne basse après épreuve de travail 42 heures après la rupture de la poche des eaux. Bassin aplati, promontoire atteint à 10,7. Sacrum à concavité diminuée redressée dans son tiers supérieur. Enfant pesant 4,020 grs. Suites normales.

Deuxième accouchement, tête engagée. Accouchement spontané d'un enfant pesant 2,830 grs. 17 heures après le début du travail.

Une heure après l'accouchement le placenta n'est pas décollé. La femme commence à saigner, 700 grs. de sang pesé. La femme pâlit, le pouls s'accélère. Délivrance artificielle pratiquée immédiatement sans anesthésie. Placenta inséré sur le segment inférieur, face antérieure en partie décollée.

Décollement malaisé du placenta qui adhère à la zone cicatricielle de la césarienne : morcellement du placenta. Extraction d'un placenta déchiqueté pesant 380 grs. Révision utérine qui permet de retirer la plupart des membranes forte-

ment adhérentes à l'utérus et de multiples débris placentaires.

Injection intra-utérine iodée.

Digitaline par os X gouttes.

Sparteine sous-cutané cinq centigrammes.

Sérum physiologique sous-cutané.

La femme ne perd plus mais l'utérus reste mal rétracté. Cinq heures après l'accouchement pouls à 152. Tension artérielle à 6 1/2 — 4 1/2. Arythmie. 2 milligrammes d'ouabaine.

Pendant 5 jours température aux environs de 38°. Puis élévation brusque le 6e jour à 40°. Reste en plateau à 40° — 40°5 pendant 5 jours. Le 6e jour utérus gros, douloureux, lochies abondantes, fétides. Malade a un seul frisson. Absès de fixation qui ne prend pas, sérum anti-streptococcique.

Hémo-culture positive le dixième jour après l'accouchement. Décès le 12e jour des suites de couches.

Deux femmes dans le deuxième groupe moururent :

..1929-1502 : Primipare à terme, âgée de 26 ans.

Gestation bien supportée. Dans les antécédants de cette femme on note crise typique de rhumatisme articulaire aiguë à l'âge de 18 ans qui a laissé une lésion mitrale bien compensée jusqu'ici. Début de travail. Dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux.

La femme commence à se fatiguer. Bruits du cœur fœtal se ralentissent à 96, la tête ne progresse pas. Application de forceps en OIGA à la partie inférieure de l'excavation. Anesthésie au chloroforme. Extraction facile de l'enfant. La femme saigne. Délivrance artificielle.

Dans les suites de couches, malade fatiguée, anémiée. Température en plateau à 39°5, pouls régulier à 120. Utérus indolore. Ventre ballonné. Pas de frissons. Hémo-culture négative.

Vingt jours après l'accouchement température oscillante entre 38 et 40 ; malade à un aspect infecté, teint terreux, gros foie. Oedème blanc, mou des membres inférieures.

Diurèse suffisante. Tension artérielle 10-5. Phlegmatia alba dolens le 30e jour, complications pulmonaires (embolies probable). Infection puerpérale sévère. Mort le 38e jour. Pas d'autopsie.

1929-1371 : Primipare âgée de 20 ans.

Présentation de siège complet. Pose d'un ballon de Champetier de Ribes. Accouchement spontané du siège et du tronc. Rétention de la tête dernière. Mort de l'enfant qui est hydrocéphale. Perforation de la tête. Basiotripsie, deux litres de liquide ont été recueillis. Non décollement de la délivrance. Tentative infructueuse de délivrance hydraulique. Délivrance artificielle deux heures et demi après l'accouchement, anesthésie au chloroforme. Dans les suites de couches la malade tousse, la respiration est rapide, rude, râles sibillants. La fosse iliaque gauche est légèrement douloureuse. Quelques frissons. Température monte et arrive à 40 en 8 jours, puis oscille entre 38 et 40. Pouls rapide. Défaillance cardiaque. Grosse anémie 1 200 000 G. R. 25 jours après l'accouchement hémoglobine 40 %. Hémoculture négative pendant 26 jours, positive le 26e jour, mort trois jours plus tard, soit 29 jours après l'accouchement dans un collapsus cardiaque. A l'autopsie : utérus et annexes d'aspect macroscopique normal. La veine rénale gauche est suppurée et la thrombose commence à envahir la veine cave inférieure dont la paroi postérieure est enflammée sur un centimètre environ.

La veine utéro-ovarienne droite est thrombosée sur toute son étendue.

Pleurésie à droite.

Foyers disséminés, de bronché-pneumonie, quelques petits abcès du poumon.

Cœur mou, pas d'endocardite.

Une mort dans le troisième groupe :

1930-29 : Cinquième geste de 38 ans.

Gestation gémellaire. La femme présente un ictère depuis 18 jours. Matière décolorées, urines foncées, région vésiculaire non douloureuse, foie normal, langue légèrement saburrale ; température : ne peut préciser si elle a eu de la température.

Au début du travail la température est à 38,4. Rupture artificielle de la poche des eaux à dilitation complète. Mauvaises contractions utérines.

Accouchement spontané d'un premier fœtus, une heure plus tard accouchement d'un deuxième enfant. Quelques minutes après cet accouchement hémorragie en jet. Compres-

sion de l'aorte. Arrêt de l'hémorragie. La femme conserve un bon état général. Deux heures plus tard, brusquement, pâleur, décoloration des muqueuses, troubles visuels, pouls petit filant. Pas d'hémorragie externe mais l'utérus est mou, augmenté de volume dépassant l'ombilic de trois travers de doigts. Délivrance artificielle sans anesthésie. Délivrance facile. Injection intra-utérine chaude. Huile camphrée, caféine, sérum physiologique intra-veineux. Position déclive.

On pèse le sang perdu : 3,000 grammes. Au bout de 15 minutes, shock violent, frissons, cyanose, gêne respiratoire, pouls filiforme.

On fait :

Oxygène.

Adrénaline.

Transfusion de 200 grs.

Dans les suites de couches, température reste aux environs de 38,5 — 39°, teint ictérique persiste. Matières toujours décolorées. Ventre ballonné, lochies fétides, pas de vomissements. Femme décédée le 7^e jour après l'accouchement.

De ces cinq cas nous voyons que dans un cas la femme était porteuse d'un ictère infectieux lors de son entrée à la clinique et mourut neuf jours après l'accouchement.

Dans deux autres cas la femme avait subi une intervention lors de son accouchement, une fois il y avait eu application de forceps, une autre fois une basiotripsie. Le part qui revient à ces manœuvres et celle qui revient à la délivrance artificielle ne peut être discutée.

Enfin dans les deux autres cas, nous étions en présence de deux femmes normales, n'ayant subi qu'une délivrance artificielle après un accouchement normal. Dans ces deux cas nous ne pouvons trouver que la délivrance artificielle pour expliquer l'état postérieur.

Nous croyons aussi intéressant de citer quelques cas dans lesquels la femme fit une infection dans les suites de couches :

Parmi le premier groupe :

Il n'y eut qu'un cas d'infection puerpérale sérieuse dans ce groupe, nous résumons ce cas ici, cette femme eut aussi une phlébite. L'accouchement fut normal. La gestation avait été bien supportée mais fait intéressant la parturiente s'était fait extraire une dent la veille de l'accouchement.

1930 : 169. Primigeste à terme âgée de 20 ans. Gestation bien supportée. Grossesse gemellaire. Expulsion naturelle d'un premier enfant pesant 2150 grs. Quarante minutes après expulsion d'un deuxième enfant pesant 2250 grs.

Une heure trente après la délivrance n'est pas décollée, la femme est pâle, le pouls rapide, l'utérus gros, tendu. Délivrance artificielle, anesthésie au chloroforme. Décollement facile du placenta. La révision utérine ramène un cotylédon manquant. Accouchement le 26 Janvier.

Le 27 la femme a des frissons, température à 40,3 pouls à 130, aspect général assez bon, trémulation de la langue, pas de vomissements, pas de diarrhée, hémoculture négative. Lochies fétides, abdomen ballonné, température reste aux environs de 39 pendant 10 jours. Femme fatiguée, aspect terreux.

Le 16 Février, douleur dans le mollet gauche, un peu d'empâtement, immobilisation de la jambe. Le 23 Février température tombe aux environs de la normale, l'état général est très amélioré. La malade sort en bon état le 21 Mars.

Dans le deuxième groupe :

1929 : 2364. IV-geste à terme âgée de 30 ans. Présentation du sommet à la partie haute de l'excavation. Procidence du cordon, enfant mort. Basiotripsie, anesthésie à l'éther.

Délivrance artificielle immédiate pour hémorragie. Injection intra-utérine iodée chaude. Ceci se passe le 2 Novembre.

Dans la nuit du 2 au 3 la femme à quelques petits frissons, le pouls est à 86 la température à 38,6.

Le 4. 11. Frisson, température 39,7 ; pouls à 126. La femme est pâle, l'utérus est gros subinvolué. Abscès de fixation.

Le 5. 11. Température à 40. Utérus non-douloureux, lochies fétides ; on fait de la septicémie intra-veineuse.

Le 6. 11. Frissons, température se maintient aux environs de 40, hémoculture négative.

Le 7. 11. Examen bactériologique des urines négatif. On continue la septicémie et l'on fait aussi tous les deux jours quinze centigrammes de novarsénobenzol aussi à partir du 8 de la sérothérapie anti-streptococcique.

L'état de la malade s'améliore, la température descend

aux environs de 38,5, ulérus normal, lochies peu abondantes, mais les frissons persistent.

Le 9. 11. Incision de l'abcès de fixation limité au volume d'une orange, il s'écoule une petite quantité de pus très épais.

Le 18. 11. Pas de frissons toute la journée. Transpiration intense pendant deux heures. Le soir température 38,5. Amélioration lente mais régulière. La malade sort en bon état le 20. 12.

Dans le troisième groupe :

1930 : 1268. Il-geste âgée de 35 ans, arrive à la clinique envoyée par son médecin qui a constaté que les bruits du cœur fœtal ont disparu depuis la veille et pour température à 40°.

Perte des eaux le 6 juin. Liquide purée de pois.

Le 7. 6. Température et pouls normaux bruits du cœur perçus.

Le 9. 6. Entrée à la clinique bruits du cœur non-perçus, température à 40, pouls à 112. Bon état général, quelques petites douleurs. Enfant petit. Arrêt des douleurs, utérus rétracté sur le fœtus. Dilatation manuelle du col sous rachi-anesthésie. Extraction de l'enfant par basiotripsie. Délivrance artificielle facile. Injection intra-utérine iodée.

Glace.

Sérum anti-streptococcique.

Le 10 juin la femme se plaint d'une douleur violente au pli fessier, douleur survenue brusquement comme un coup de fouet.

Le 11 Juin. Hespès labial. Température à 38°.

Le 18 Juin la femme a un frisson. Température monte à 39,6. L'abdomen se ballonne, la femme a des gaz et va à la selle.

Le 20 Juin culs de sac douloureux. Pas de masses. Le ballonnement ne s'accroît pas. Pouls en rapport avec la température qui se maintient à 39,5-40. Abscès de fixation.

Le 21 Juin abdomen moins ballonné, température descend par oscillations successives, atteint 37 le 27 juin.

Le 5 Juillet température monte à 29, grosse réaction latéro-utérine surtout marquée à droite.

Le 10 Juillet température normale. La femme sort en bon état le 20 Juillet.

CONCLUSIONS

La délivrance artificielle manuelle n'est jamais une manœuvre bénigne.

Dans notre statistique faite à la clinique Baudelocque nous avons trouvé une morbidité de 12 % dans les cas purs. Quand la délivrance avait été précédée d'une intervention lors de l'accouchement la morbidité s'élevait à 18 %. Dans les cas où la femme était arrivée à la clinique présentant de la température la morbidité montait à 50 %.

La mortalité a été de 1,2 % dans les cas purs. Elle fut de 3,5 % dans les cas où une intervention avait eu lieu lors de l'accouchement. Dans les cas infectés la mortalité était de 3,3 %.

Vu: le Doyen de la Faculté
de Médecine

G. Roussy.

Vu: le Président de Thèse,

Couvelaire.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'académie de Paris,
Charléty.

Imprimerie « PASCAL »
13, rue Pascal. Paris (5)

